

psychopraxis.neuropraxis 2016 · 19:122–127
 DOI 10.1007/s00739-016-0330-1
 Online publiziert: 11. Juli 2016
 © Der/die Autor(en) 2016. Dieser Artikel ist
 eine Open-Access-Publikation.



Kurt Stastka

Psychiatrische Abteilung im Sozialmedizinischen Zentrum Süd, Kaiser-Franz-Josef-Spital mit Gottfried von Preyer'schem Kinderspital und Geriatriezentrum Favoriten, Wien, Österreich

Effekte regionaler Psychosomatiktherapiemodule

Beispiele aus psychiatrischen Versorgungsabteilungen im Allgemeinkrankenhaus

Wirkfaktoren von Psychotherapie – forschungsbasiert zusammengefasst im Handbuch der Psychotherapieforschung [1] – erklären zu folgenden prozentuellen Anteilen die Ergebnisvarianz in der Psychotherapie: Der *therapeutischen Technik* kommt ein Anteil von etwa 10 % zu, der *Therapeutenvariable* etwa 20 %, den *extratherapeutischen Veränderungen* kommt ein Varianzanteil von 40 % zu. Hierzu gehören Patientenvariablen wie *Schwere der Symptomatik*, soziale Faktoren wie *Arbeitslosigkeit*, *familiärer Status* und Bildung etc. Den allgemeinen Wirkfaktoren wie der *therapeutischen Beziehung* oder *multiprofessionellen Behandlungsteams* kommt ein Anteil von 30 % zu.

Die *Therapeutenvariable* erklärte die Therapieerfolgsvarianz in kontrollierten Studien zu 5 % und in Versorgungsstudien zu 17 % [2]. Psychosomatik als Sichtweise in der Medizin geht davon aus, dass immer sowohl somatische als auch psychische und soziale Aspekte zu berücksichtigen sind – wie dies Standard in der Psychiatrie ist [3]. Wie schon Weiss u. English 1943 [4] formuliert haben, ist Psychosomatik keine Spezialität, sondern eine Betrachtungsweise, die alle Disziplinen der Medizin betrifft und dem Körperlichen nicht weniger, sondern dem Seelischen und Sozialen mehr Beachtung schenkt.

Ein Versorgungsbeispiel

Therapieeffektivität eines achtwöchigen Psychosomatikturnus der regionalen Versorgungspsychiatrie in einer Einjahreskatamnese [5].

Fragestellung

Die Ergebniserhebung ermöglicht es, die eingesetzten Kosten des achtwöchigen Psychosomatikturnus in Beziehung zu den medizinischen, soziotherapeutischen und psychotherapeutischen Behandlungseffekten der Behandlung und deren Wirkdauer zu setzen. Die Behandlungsspezifitäten sind: 25 Therapieeinheiten wöchentlich, davon 2 Einheiten Einzelpsychotherapie und 8 Einheiten Gruppenpsychotherapie, Milieu- und Soziotherapie, sozialpsychiatrisches Fallmanagement und multiprofessioneller Therapieplan.

Methoden

Vergleich der 1-Jahres-Prä-Post-Katamnese bei 106 Patienten mittels EQ-5D (EuroQol-Gesundheitsindex), Mini-ICF-APP (für Aktivitäts- und Partizipationsstörungen bei psychischen Erkrankungen), GAF („Global Assessment of Functioning“), Soziodemografie und Benchmarks. Die Patienten verteilen sich nach ihrer Diagnose auf die Gruppen F 3 (28) und F 4 (74) [4]. Knapp ein Viertel der Befragten (26) sind Patienten mit anhaltender somatoformer Schmerzstö-

rung (F 45.4). Das Alter moderiert den Effekt bei der Anzahl der Arztbesuche.

Ergebnisse

Neben den statistisch signifikanten Verbesserungen des ICF-Globalscores, des allgemeinen Gesundheitszustands im EQ5 und des GAF, zeigte sich im 1-Jahres-Prä-Post-Vergleich eine Reduktion der Medikamentenanzahl, der Arztkontakte und der Krankenstandstage um ein Drittel zum Jahr vor dem Turnus. Die Krankenhausaufenthaltstage sanken im Jahr nach dem Turnus um 70 %. Die Anzahl der Untersuchungen nahm um mehr als die Hälfte ab. Vor allem die Anzahl der Behandlungswechsel sank um 80 % bei Steigerung der Psychotherapiestunden auf das Doppelte.

Diskussion

Auf eine hohe nachhaltige Therapieeffektivität und Kosteneffektivität eines achtwöchigen Psychosomatikturnus der regionalen Versorgungspsychiatrie mit Fokus auf eine Hochdosispsychotherapie mit gemeindenaher Sozio- und Milieuthherapie bei sozialpsychiatrischem Fallmanagement kann geschlossen werden. Im ersten Jahr nach einem Psychosomatikturnus konnten bis zu 80.000 € an Kosten im Vergleich zum Jahr vor dem Turnus eingespart werden.

Im Prä-Post-Vergleich konnte in einer weiteren Studie [6] eine signifikante Reduktion der beschriebenen Beschwerden

unmittelbar nach absolviertem Behandlungsturnus aufgezeigt werden, die in der 6-Monats-Katamnese an Intensität leicht nachließ. Diverse, den Therapieerfolg negativ beeinflussende Prädiktoren wurden beschrieben, wobei sich vor allem die Einnahme mehrerer Medikamente und der Tod einer wichtigen Bezugsperson als statistisch signifikant zeigten.

Schlussfolgerung

Da die untersuchte Intervention als erfolgreich anzusehen ist, kann aufgrund ausreichender Generalisierbarkeit der Ergebnisse eine stationäre Intensivtherapie im Rahmen psychosomatischer Erkrankungen in regionalen versorgungspsychiatrischen Abteilungen im Allgemeinkrankenhaus als zukünftige Therapieempfehlung formuliert werden, wobei beachtet werden soll, dass patientenseitige Prädiktoren den Therapieerfolg vorhersagen können.

Behindernde Fragmentierungen im Gesundheitssystem

Aufgrund der Zunahme der Diskussion der Kostendämpfungsziele in den 1990er Jahren in der Gesundheitspolitik wurde privatwirtschaftlichen Anbietern vermehrt Zugang zur Leistungserbringung und Leistungen des Gesundheitssystems ermöglicht.

Durch die europäische Integration konnten etwa privatwirtschaftliche Anbieter im Rehabilitationsbereich Klinikkonzepte in Österreich etablieren, die einerseits die Konzentration der Basisversorgungsanbieter der Psychiatrie auf das Kerngeschäft ermöglichte, indem fortführend stabilisierende und strukturell längerfristig wirksame Therapieangebote aus dem primären Versorgungsbereich ausgegliedert wurden und vor allem auch anderen Kostenträgern zugeordnet wurden. Dies führte auch zu einer Ausweitung von Leistungen und manualisierten Spezialisierungen in längerfristigen therapeutischen vorwiegend stationären Therapieprogrammen. Im Psychiatrie- und fachübergreifenden Psychosomatikbereich etablierten sich teils auf Einzeldiagnosen oder auch für heterogene Diagnosegrup-

pen (psychosomatisch-psychiatrisch-psychotherapeutisch-arbeitsrehabilitativ) spezialisierte stationäre Fachkliniken (z. B.: Psychosomatik, Traumatherapie, Borderline-Persönlichkeitsstörungen, Essstörungen, Burnout, psychosoziale Arbeitsrehabilitation, psychiatrische Rehabilitation) mit langfristigen Verträgen mit Krankenversicherungen und dem Sozialversicherungs- und Pensionsversicherungssystem überregional.

» Nutzung gemeindenaher biopsychosozialer Therapiemodule zur Erzielung anhaltender Therapieergebnisse

Diese Fachkliniken bieten einem breiten Personenkreis, vor allem auch komplex chronifiziert Erkrankten, Therapieprogramme an. Diese Einrichtungen sind multiprofessionell therapeutisch besetzt, sind jedoch wenig bis gar nicht regional an das Gesundheits-/Versorgungssystem angebunden. Kurzfristig erreichte Therapieerfolge in diesen Kliniken betreffend Lebensqualität und Selbstwirksamkeitsmotivation können nicht in die Lebensrealität biopsychosozialer Bedingungsgefüge dieser Menschen mit komplexen Erkrankungen mit vielschichtigen Krankheitserhaltenden und fördernden vor allem sozialen Faktoren umgesetzt werden. Diese Fragmentierung des Gesundheitssystems im Behandlungslängsschnitt und vor allem auch durch unterschiedliche Träger und Financiers führte zu einer Unübersichtlichkeit der effektiven Kosten, einer Verantwortungsunklarheit und unzureichendem bis nicht vorhandenem Prozess- und Nahtstellenmanagement an der Klinikturne nach stationärer spezialisierte Therapiebeendigung ohne langfristige Therapieplanung beziehungsweise erheblichen Wartezeiten auf spezialisierte Anschlussheilverfahren und Rehabilitation (Phase 2 und 3).

Konsekutive Irritation und Frustration der Patienten und Behandler aufgrund der Erfahrung der Nichtübersetzbarkeit im realen Lebensvollzug mit Rückfällen und Wiedervorstellung im allgemeinen Versorgungsfeld ist die Folge. Kriseninterventionell steht die grundversor-

gende Psychiatrie gemeindenah im Versorgungskrankenhaus im besten Fall im Weiteren zur Verfügung, alle rehabilitativen längerfristigen Schritte werden allerdings nunmehr vermeintlich kostensparend kurzfristig und rasch an externe Anbieter delegiert. Die Unübersichtlichkeit der Finanzierung durch eine große Anzahl an Krankenkassen und viele involvierte Personen macht medizinische komplexe Zielpilanungen und vor allem deren Wirkevaluation sehr schwer.

Daraus ergeben sich Struktur- und Prozessplanungsprobleme aufgrund fragmentierter Zuständigkeit und Teilverantwortungsübernahme für Ausschnitte längerfristiger Therapieplanungen.

Gesundheitspolitischer Reformansatz

Kompetenz- und Verantwortungszuschreibung an die kernkompetenten FÄ für Psychiatrie und Psychotherapeutische Medizin mit Behandlungsplanungsverträgen mit Patienten und Anbietern sowohl im regionalen psychiatrischen als auch im integrierten „regionalisierten“ akutpsychosomatischen Versorgungsbebereich ist orientierend und sinnstiftend für Patienten, da beide Patientengruppen Ähnlichkeiten systemmitbedingten Chronifizierungsverhaltens aufweisen.

Dies gibt den Patienten im unübersichtlichen, institutionalisierten Gesundheitssystem Perspektive, ermöglicht gezielt Complianceunterstützung, Therapieadhärenz, Therapieeffektivitätsanalyse und tatsächliche effektive Rehabilitation und deren Evaluation.

Einschätzung der Erkrankungsschwere und Prognosen sind besser möglich.

Gestaltung des Zugangs zum Gesundheitswesen

Salize et al. [7] beschreiben die herausgehobene Stellung psychischer Störungen in der Gesundheitsökonomie, da sie sehr viel stärker in fundamentale Lebensbereiche wie Wohnen, Arbeit und Freizeit hineinreichen und diese beeinträchtigen, als dies bei körperlichen Erkrankungen der Fall ist. Grundlegende Lebensumstände von Menschen mit psychischen Störungen

gen werden durch gesundheitspolitisch oder gesundheitsökonomisch motivierte Umstrukturierungen der Versorgung tiefgreifender beeinträchtigt als bei somatisch Erkrankten.

Historisch zeigt sich eine zunehmende Komplizierung von Entscheidungsprozessen, trotz stetiger Steigerung der wirtschaftlichen Produktivität und der damit verbundenen für die Gesundheitsversorgung verfügbaren Ressourcen.

Bis Ende der 1950er Jahre standen nur wenige Therapieoptionen zur Verfügung, chronisch psychisch Kranke waren langfristig bis dauerhaft in psychiatrischen Anstalten untergebracht, leichtere Formen psychischer Erkrankungen blieben unbehandelt [8–10].

» Die Bewertung der Effizienz von Gesundheitsleistungen ist komplex

In den 1960er Jahren ergab sich aufgrund erster antipsychotisch wirksamer Medikamente für Patienten aus dem schizophreniformen Formenkreis auch die Möglichkeit einer nichtstationären Behandlung [9, 10]. Dies ermöglichte die sozialpsychiatrische Wende und Psychiatriereform der 1970er Jahre mit Verlagerung des Versorgungsschwerpunkts von stationären auf ambulante Behandlungsangebote. Die Behandlungsziele wurden anspruchsvoller formuliert, wobei neben der Reduzierung beeinträchtigender Symptomatik die Vermeidung von stationären Krankenhausaufnahmen, die soziale und berufliche Rehabilitation und schließlich die Verbesserung der Lebensqualität der Patienten in den Fokus der Bemühungen rückte [11–13]. Um diese erweiterten Behandlungsziele zu erreichen, mussten die ambulanten Behandlungsangebote deutlich ausgebaut werden [14–18]. Neue antipsychotische und antidepressive Medikamentenentwicklungen in den 1990er Jahren mit geringeren Nebenwirkungen [8] steigerten die Rehabilitationsbemühungen und die Lebensqualität der Patienten [11].

Letztlich stiegen die Ausgaben für die psychiatrische Versorgung stetig trotz dramatischer Reduktion der Bettenkapazitäten psychiatrischer Kranken-

psychopraxis.neuropraxis 2016 · 19:122–127 DOI 10.1007/s00739-016-0330-1
© Der/die Autor(en) 2016. Dieser Artikel ist eine Open-Access-Publikation.

K. Stastka

Effekte regionaler Psychosomatiktherapiemodule. Beispiele aus psychiatrischen Versorgungsabteilungen im Allgemeinkrankenhaus

Zusammenfassung

Psychosomatik – als Sichtweise in der Medizin – geht davon aus, dass bei einem Krankheitsgeschehen immer sowohl psychische als auch somatische und soziale Aspekte zu berücksichtigen sind. Die Zusammenführung der psychosomatischen und psychiatrischen Versorgung in gemeindepsychiatrischen/-psychosomatischen Verbünden kann die vorhandenen Strukturen nutzen und durch Synergien kostendämpfend wirken („best point of treatment“). Der 1-Jahres-Prä-Post-Katamnesevergleich bei 106 Patienten ermöglicht es, die Kosten eines achtwöchigen Psychosomatikturms in Beziehung zu den medizinischen, soziotherapeutischen und psychotherapeutischen Effekten der

Behandlung und deren nachhaltigen Auswirkung zu setzen.

Aufgrund der Ergebnisse kann bei psychosomatischen Erkrankungen eine stationäre Intensivtherapie an einer regionalen versorgungspsychiatrischen Abteilung eines Allgemeinkrankenhauses als Therapie empfohlen werden, insbesondere, wenn man dabei für den Erfolg relevante patientenseitige Prädiktoren berücksichtigt.

Schlüsselwörter

Best point of treatment · Psychosomatik · Regionalisierte psychiatrische Versorgung · Allgemeinkrankenhaus · Kostenersparnis

Effectiveness of Regional Psychosomatic Therapy Modules. Examples Using a Psychiatric Care Department in a General Hospital

Abstract

Psychosomatics from the perspective of medicine assumes that somatic, psychological, and social aspects must always be taken into consideration. By combining psychosomatic and psychiatric care in community psychiatric/psychosomatic networks, existing structures can be used and costs decreased due to synergies (best point of treatment). Using a 1-year pre-/postcatamnesis comparison of 106 patients, it was possible to determine the cost of the 3-week psychosomatic treatment with respect to the medical, sociotherapeutic, and

psychotherapeutic treatment effects and how long it helped. Based on the results, inpatient intensive therapy of psychosomatic illnesses in regional psychiatric departments of general hospitals can be recommended as a future treatment option – taking into account that patient-related factors can predict treatment success.

Keywords

Best point of treatment · Psychosomatic medicine · Regionalized psychiatric care · General hospital · Cost savings

häuser in den 1970er Jahren, entgegen der Erwartung einer Reduzierung der Versorgungsausgaben [19]. Steigende Ansprüche an Umfang und Qualität der psychiatrischen Behandlung in Wechselwirkung mit der immer schnelleren Ausweitung der Behandlungsoptionen [20, 21] sind die Gründe der Ausgabensteigerungen.

Aufgrund der gesamtwirtschaftlichen Entwicklung, der Überalterung der Gesellschaft bei knapper werdenden Ressourcen, besteht derzeit die Diskussion, ob eine Begrenzung der Ausgabensteige-

rung im Gesundheitswesen durch Rationierung oder Rationalisierung, also Effizienzsteigerung der Ressourcenverwendung durchgeführt werden soll [21, 22].

Praxis und Erfahrung in Deutschland

In Deutschland wurden bisher zur Kostendämpfung Rationalisierungsmaßnahmen durch Motivation zur Nichtinanspruchnahme (z. B. Budgetierung, Rezeptgebühren) bzw. durch allgemein

verbindliche Regelungen von Gesundheitsleistungen versucht.

Letztlich zeigen Rationalisierungsmaßnahmen geeignetere Effekte, die Gesundheitsversorgung zu optimieren, indem ineffiziente Ressourcenverwendungen identifiziert und reduziert werden [23]. Allerdings ist die Bewertung der Effizienz von Gesundheitsleistungen mit einer Vielzahl von methodischen Problemen verbunden, die noch nicht zufriedenstellend gelöst sind [21].

Beschreibung der Praxis

Die spezifische Struktur eines medizinischen Versorgungsnetzes steht in enger Wechselwirkung zu den Finanzierungsweisen des jeweiligen Systems und den darin verlaufenden Kostenströmen. Besonders die bedarfsgerechte Versorgung psychisch Kranker erfordert ein differenziertes Netz von Versorgungseinrichtungen, die neben der eigentlichen medizinisch-therapeutischen Behandlung je nach psychiatrischem Krankheitsbild in unterschiedlicher Weise auch auf die Lebensbereiche Wohnen, Arbeit und Freizeit einwirken.

Möglichkeiten der Implementierung

Der Gemeindepsychiatrische Verbund gilt als umfassendster psychiatrischer Versorgungsansatz, der im besten Fall eine Vielzahl von hoch spezialisierten stationären, ambulanten und vor allem auch rehabilitativen Versorgungseinrichtungen aufweist. Die primäre Zielgruppe des Gemeindepsychiatrischen Verbundes ist der chronisch psychisch Kranke, vor allem Erkrankungen aus dem schizophrenen Formenkreis. Aufgrund eines ähnlichen Chronifizierungspotenzials biopsychosozialbedingter, komplexer Erkrankungsverläufe im Diagnosefeld psychosomatischer Erkrankungen, ist die Nutzung gemeindepsychiatrischer Verbünde sinnvoll und volkswirtschaftlich gesundheitsökonomisch relevant.

Tendenziell wurden und werden regionale gemeindenahere rehabilitative stationäre Einrichtungen aus den grundversorgenden Allgemeinkrankenhäusern herausgelöst, diese wurden Vereinen im

ambulanten Bereich übertragen sowie im psychosomatischen Bereich Großkliniken mit anderen Finanzierungsvarianten fernab der sozialen Lebenswirklichkeit der Patienten in weit entfernten, schwer erreichbaren, isolierten Einrichtungen überlassen, was einer Zerreißen und Herausnahme aus dem sozialen Umfeld entspricht und nachhaltige Veränderung im therapeutischen Prozess im individuellen Lebensumfeld verunmöglicht (Testsystem Klinik und umsetzungsrelevantes individuelles soziales System). Hier wird aktuell im Psychosomatikbereich, der eine erhebliche Schnittmenge mit psychiatrischen und somatischen Diagnosen aufweist, wiederholt, was vor 100 Jahren durch die Errichtung von selbstversorgend autonomen psychiatrischen Großkrankenhäusern mit konsekutivem Verwahrungscharakter entstand und totalitäre Funktionalität bis in die 1970er Jahre erreichte.

» Effiziente Ressourcenverwendung am Best point of Treatment

Die Regionalisierung und Dezentralisierung der Psychiatrie in Allgemeinkrankenhäuser mit erfolgreicher signifikanter Reduktion von Spitalbetten (Wien inkl. TZ Ybbs 3600 in den 1970er Jahren, aktuell ca. 700) wurde aufgrund hoher therapeutischer Effizienz eines kontinuierlichen Beziehungsaufbaus in der Behandlungskette stationär und ambulant notwendig und sinnvoll. Diese Entwicklung führt bis heute zur Zunahme ambulanter und niedergelassener Behandlung und Betreuung und Abnahme stationärer Aufnahmen. Durchschnittliche Aufenthaltsdauern sanken erheblich, ebenso Wiederaufnahmeraten und die Anzahl von „heavy users“ des Gesundheitssystems durch individuell hoch dosierte Therapieplanung entsprechend komplexer biopsychosozialer Bedingungsgefüge und Verantwortungsübernahme im Fallmanagement durch konsequente Nahtstellenarbeit.

Entsprechend den Zielen der Integrativen regionalen Versorgungsplanung (IRVP) des ÖSG 2010 sollen Psychiatrie, Akutgeriatrie und/oder Remobilisation,

Palliativmedizin sowie Psychosomatik dezentral in Krankenanstalten auf- bzw. ausgebaut werden.

Stärken und Schwächen des Ansatzes im Vergleich zum bestehenden österreichischen System

Eine Zusammenführung der psychosomatischen und psychiatrischen Versorgung in gemeindepsychiatrischen/-psychosomatischen Verbänden kann die vorhandenen Strukturen nützen und durch Synergien kostendämpfend wirken („best point of treatment“). Etablierte psychiatrische Konsiliar-/Liaisondienste identifizieren und triagieren Patienten im Allgemeinkrankenhaus zeitnah und wirken präventiv. Bei Bedarf erfolgt eine psychosomatische Akutversorgung zeitnah ambulant und stationär. Entsprechend des individuellen Therapiebedarfs im biopsychosozialen Spannungsfeld und Bedingungsgefüge werden entsprechend ärztlicher Kunst adäquat die in der regionalen Psychiatrie vorhandenen Möglichkeiten in Tageskliniken und stationären individuellen Therapieangeboten (Dosis, Therapien, Dauer) genutzt, um gesundheitsökonomisch signifikant anhaltende Therapieergebnisse zu ermöglichen.

Fazit für die Praxis

- Identifizierung und Triagierung zeitnah durch Konsiliar-/Liaisonpsychiatrie im Allgemeinkrankenhaus.
- Diagnostik und spezifische Behandlungsmodule zeit- und gemeindenah im Allgemeinkrankenhaus an psychiatrischen Abteilungen entsprechend dem biopsychosozialen Paradigma.
- Nutzung struktureller Vorteile für die Patienten durch gemeindenahere beziehungsorientierte kontinuierliche Behandlung und Containment in multiprofessionellen Behandlungsteams und Fallmanagement.
- Stärkung der Selbstwirksamkeitserfahrung der Patienten durch Verantwortungsübernahme.
- Nichtaussetzung der Patienten einem fragmentierten Behandlungssystem ohne Sinn- und Zielvorgabe.

Korrespondenzadresse



© privat

Prim. Dr. K. Stastka

Psychiatrische Abteilung
im Sozialmedizinischen
Zentrum Süd, Kaiser-Franz-
Josef-Spital mit Gottfried von
Preyer'schem Kinderspital
und Geriatriezentrum
Favoriten
Kundratstr. 3, 1100 Wien,
Österreich
kurt.stastka@wienkav.at

Open access funding provided by Medical University
of Vienna

Einhaltung ethischer Richtlinien

Interessenkonflikt. K. Stastka gibt an, dass kein
Interessenkonflikt besteht.

Dieser Beitrag beinhaltet keine von den Autoren
durchgeführten Studien an Menschen oder Tieren.

Open Access. Dieser Artikel wird unter der Creative
Commons Namensnennung 4.0 International Lizenz
(<http://creativecommons.org/licenses/by/4.0/deed.de>)
veröffentlicht, welche die Nutzung, Vervielfältigung,
Bearbeitung, Verbreitung und Wiedergabe in
jeglichem Medium und Format erlaubt, sofern
Sie den/die ursprünglichen Autor(en) und die Quelle
ordnungsgemäß nennen, einen Link zur Creative Commons
Lizenz beifügen und angeben, ob Änderungen
vorgenommen wurden.

Literatur

- Lambert MJ (2013) Lambert, Bergin and Garfield's handbook of psychotherapy research and behavior change, 6. Aufl. Wiley, New York
- Baldwin SA, Imel ZE (2013) Therapists effects. In: Lambert MJ (Hrsg) Bergin and Garfield's handbook of psychotherapy and behavior change, 6. Aufl. Wiley, New York, S 258–297
- Wancata J, Kapfhammer HP, Schüssler G, Fleischhacker WW (2007) Sozialpsychiatrie: Essentieller Bestandteil der Psychiatrie. Psychiatr Psychother 3:58–64
- Weiss E, English O (1943) Psychosomatic Medicine. Sonders, Philadelphia
- Stastka K, Schiffinger M, Löffler-Stastka H (2015) Therapy and cost effectiveness of an 8-week psychosomatic treatment integrated in psychiatric regional mandatory supply within a 1-years-follow up. Psychother Psychosom 84:68. doi:10.1159/000438780
- Stastka K, Rosar A, Grassl R, Rohm C, Löffler-Stastka H (2015) Psychosomatic patients in integrated care – which treatment mediators do we have to focus? Psychother Psychosom 84:68. doi:10.1159/000438780
- Salize HJ, Kilian R (2010) Gesundheitsökonomie in der Psychiatrie: Konzepte, Methoden, Analysen. Kohlhammer, Stuttgart
- Rose N et al (2007) Psychopharmaceuticals in Europe. In: Knapp M (Hrsg) Mental Health policy and practice across Europe. Open University Press, Birkshire, S 146–187
- Schott H, Tölle R (2006) Geschichte der Psychiatrie. C.H. Beck, München
- Shorter E (2002) Geschichte der Psychiatrie. Alexander Fest, Berlin
- Angermeyer MC, Kilian R, Katschnig H (2006) Psychotropic medication and quality of life. In: Katschnig H, Freeman H, Sartorius N (Hrsg) Quality of life in mental disorders, 2. Aufl. John Wiley & Sons, Chichester, S 21–32
- Angermeyer MC, Kilian R (2006) Theoretical models of quality of life for mental disorders. In: Katschnig H, Freeman H, Sartorius N (Hrsg) Quality of life in mental disorders, 2. Aufl. John Wiley & Sons, Chichester, S 21–32
- Kilian R, Angermeyer MC (1999) Quality of life in psychiatry as an ethical duty: From the clinical to the societal perspective. Psychopathology 32:127–134
- Häfner H (1987) Do we still need beds for psychiatric patients? An analysis of changing patterns of mental health care. Acta Psychiatr Scand 75:113–126
- Häfner H (2000) Die Entwicklung der klinischen Psychiatrie in der zweiten Hälfte des 20. Jahrhunderts. Krankenhauspsychiatrie 11:145–157
- Häfner H, an der Heiden W (1989) Effectiveness and cost of community care for schizophrenic patients. Hosp Community Psychiatry 40:59–63
- Häfner H, an der Heiden W (1991) Evaluating effectiveness and cost of community care for schizophrenic patients. Schizophr Bull 17:441–451
- Salize HJ, Schuh C, Krause M et al (2007) Senken arbeitsrehabilitative Massnahmen während stationärpsychiatrischer Behandlung langfristig die Versorgungskosten von Patienten mit Schizophrenie? Ergebnisse einer kontrollierten Multicenterstudie. Psychiatr Prax 34:246–248
- Häfner H, an der Heiden W (1989) Effectiveness and cost of community care for schizophrenic patients. Hosp Community Psychiatry 40:59–63
- Brunner H (2006) Einführung. In: Lauterbach K, Stock S, Brunner H (Hrsg) Gesundheitsökonomie. Lehrbuch für Mediziner und andere Gesundheitsberufe. Hans Huber, Bern, S 11–27
- Marckmann G et al (2006) Verteilungsgerechtigkeit in der Gesundheitsversorgung. In: Schultz S (Hrsg) Geschichte, Theorie und Ethik der Medizin. Suhrkamp, Frankfurt am Main, S 183–208
- Gerber A, Lauterbach K (2006) Grundlegende ethische Theorien im Bereich des Gesundheitswesens. In: Lauterbach K, Stock S, Brunner H (Hrsg) Gesundheitsökonomie. Lehrbuch für Mediziner und andere Gesundheitsberufe. Hans Huber, Bern, S 63–68
- Breyer F, Zweifel PS, Kifmann M (2003) Gesundheitsökonomie, 4. Aufl. Springer, Berlin

Fachkurzinformationen

Bezeichnung des Arzneimittels: Aripiprazol Sandoz 5 mg Tabletten, Aripiprazol Sandoz 10 mg Tabletten, Aripiprazol Sandoz 15 mg Tabletten, Aripiprazol Sandoz 30 mg Tabletten **Qualitative und quantitative Zusammensetzung:** Jede Tablette enthält 5 mg Aripiprazol. Sonstiger Bestandteil mit bekannter Wirkung: 71,02 mg Lactose-Monohydrat je Tablette. Jede Tablette enthält 10 mg Aripiprazol. Sonstiger Bestandteil mit bekannter Wirkung: 65,97 mg Lactose-Monohydrat je Tablette. Jede Tablette enthält 15 mg Aripiprazol. Sonstiger Bestandteil mit bekannter Wirkung: 97,75 mg Lactose-Monohydrat je Tablette. Jede Tablette enthält 30 mg Aripiprazol. Sonstiger Bestandteil mit bekannter Wirkung: 196,50 mg Lactose-Monohydrat je Tablette. **Wirkstoffgruppe:** Pharmakotherapeutische Gruppe: andere Antipsychotika, ATC-Code: N05AX12 **Anwendungsgebiete:** Aripiprazol Sandoz wird angewendet für die Behandlung der Schizophrenie bei Erwachsenen und bei Jugendlichen ab 15 Jahren. Aripiprazol Sandoz wird angewendet für die Behandlung von mäßigen bis schweren manischen Episoden der Bipolar-I-Störung und für die Prävention einer neuen manischen Episode bei Erwachsenen, die überwiegend manische Episoden hatten und deren manische Episoden auf die Behandlung mit Aripiprazol ansprechen. Aripiprazol Sandoz wird angewendet für eine bis zu 12 Wochen dauernde Behandlung von mäßigen bis schweren manischen Episoden der Bipolar-I-Störung bei Jugendlichen ab 13 Jahren. **Gegenanzeigen:** Überempfindlichkeit gegen den Wirkstoff oder einen der sonstigen Bestandteile. **Liste der sonstigen Bestandteile:** Aripiprazol Sandoz 5 mg Tabletten: Lactose-Monohydrat, Maisstärke, Mikrokristalline Cellulose, Hypromellose, Magnesiumstearat (Ph.Eur.), Indigocarmin-Aluminiumsalz (E132); Aripiprazol Sandoz 10 mg Tabletten: Lactose-Monohydrat, Maisstärke, Mikrokristalline Cellulose, Hypromellose, Magnesiumstearat (Ph.Eur.), Eisen(II)-oxid (E172); Aripiprazol Sandoz 15 mg Tabletten: Lactose-Monohydrat, Maisstärke, Mikrokristalline Cellulose, Hypromellose, Magnesiumstearat (Ph.Eur.), Eisen(III)-hydroxid-oxid x H₂O (E172); Aripiprazol Sandoz 30 mg Tabletten: Lactose-Monohydrat, Maisstärke, Mikrokristalline Cellulose, Hypromellose, Magnesiumstearat (Ph.Eur.), Eisen(III)-oxid (E172) **Inhaber der Zulassung:** Sandoz GmbH, 6250 Kundl, Österreich **Rezeptpflicht/Apothekenpflicht:** Rezept- und apothekenpflichtig **Stand der Information:** März 2016 **Weitere Angaben zu Warnhinweisen und Vorsichtsmaßnahmen für die Anwendung, Wechselwirkungen mit anderen Arzneimitteln oder sonstigen Wechselwirkungen, Nebenwirkungen und Gewöhnungseffekten sowie Angaben zu Schwangerschaft und Stillzeit sind der veröffentlichten Fachinformation zu entnehmen.**

Bezeichnung des Arzneimittels: Zinbryta 150 mg Injektionslösung in einer Fertigspritze. Zinbryta 150 mg Injektionslösung in einem Fertigpen. **Qualitative und quantitative Zusammensetzung:** Eine Fertigspritze enthält 150 mg Daclizumab in 1 ml Injektionslösung. Ein Fertigpen enthält eine Fertigspritze, die 150 mg Daclizumab in 1 ml Injektionslösung enthält. Daclizumab wird anhand einer murinen Myelomzelllinie (NS0) mittels rekombinanter DNA-Technologie hergestellt. Vollständige Auflistung der sonstigen Bestandteile, siehe Abschnitt 6.1. **Anwendungsgebiete:** Zinbryta wird zur Behandlung von erwachsenen Patienten mit schubförmiger Multipler Sklerose (RMS) angewendet (siehe Abschnitt 5.1). **Gegenanzeigen:** Zinbryta ist kontraindiziert bei Patienten mit einer Vorgeschichte von schweren Überempfindlichkeitsreaktionen (z. B. Anaphylaxie oder anaphylaktoide Reaktionen) gegen Daclizumab oder einen der in Abschnitt 6.1 genannten sonstigen Bestandteile. **Liste der sonstigen Bestandteile:** Natriumsuccinat, Bernsteinsäure, Natriumchlorid, Polysorbat 80, Wasser für Injektionszwecke. **Inhaber der Zulassung:** Biogen Idec Limited, Innovation House, 70 Norden Road, Maidenhead, Berkshire, SL6 4AY Vereinigtes Königreich. **Rezeptpflicht/Apothekenpflicht:** Rezept- und Apothekenpflichtig. **Pharmakotherapeutische Gruppe:** Immunsuppressiva, Interleukin-Inhibitoren. **ATC-Code:** L04AC01. **Weitere Informationen sowie Angaben zu Nebenwirkungen, besonderen Warnhinweisen und Vorsichtsmaßnahmen für die Anwendung, Wechselwirkungen, Schwangerschaft und Stillzeit, sowie den Gewöhnungseffekten entnehmen sie bitte der veröffentlichten Fachinformation. Stand der Information:** Juli 2016

Hier steht eine Anzeige.

